

Pneuma

Pneuma (in greco antico πνεύμα) è un termine che significa "respiro", "aria", "soffio vitale" ^[1] e che nei filosofi presocratici indica l'anima, principio originario, *arché* (greco: ἀρχή), connesso alla vita, impalpabile e invisibile, dunque immateriale ma anche materiale come dimostra un otre vuoto che soffiandovi dentro si gonfia riempiendosi di materia.

Con gli stoici il termine viene accostato a quello di spirito. Il pneuma come spirito appartiene al dio che dà vita alle cose e le guida secondo i suoi voleri.

☞ Per approfondire, vedi la voce *Spirito (filosofia)*.

Il termine ricompare nella storia della filosofia negli autori rinascimentali, come Agrippa di Nettesheim, Paracelso, Giordano Bruno che secondo le credenze magiche e le scienze occulte del tempo intendevano il pneuma come strumento di cui si serviva la divinità per influire sulle azioni umane.

Nel Cristianesimo il *pneuma* traduce il termine ebraico *spirito* רוח ("ruah"), nome di genere femminile che significa anche *vento*, *respiro*.

La teologia cristiana userà il termine pneuma per indicare lo "Spirito Santo" che in ebraico è nominato רוח הקודש, "*ruah hakodesh*".

Per la Religione ebraica con tale termine viene indicata la Potenza divina che può riempire gli uomini della sua sapienza, ad esempio i profeti. Questo concetto non ha avuto tuttavia uno sviluppo particolare nell'Ebraismo, come invece è stato nel Cristianesimo che ne tratta nella *pneumatologia*, termine introdotto in filosofia da Leibniz, con cui la dottrina teologica studia la relazione tra lo Spirito Santo e la Trinità.^[2]



~~81~~
79

Pneumatologia



Pneumatologia è un termine greco che deriva da πνευματος (pneumatōs=spirito) e λογος (logos=discorso, studio) che letteralmente significa *scienza dello spirito*.

Viene utilizzato per indicare la scienza che studia le sostanze spirituali ed il loro principio vitale. Indica sia una branca della filosofia, sia una branca della teologia giudaico-cristiana che studia la dottrina dello Spirito Santo.

Sebbene siano di stessa etimologia, il termine non va confuso né con pneumologia (branca della medicina che si occupa delle vie respiratorie) né con pneumatomachia (corrente eretica del IV secolo d.C.).

Filosofia e spiritualità La pneumatologia, intesa come lo studio generico delle "sostanze spirituali", cioè lo spirito, diventa quindi uno studio molto vasto, cui i concetti filosofici e teologici sulla definizione di "spirito" si intrecciano a più riprese lungo i secoli. Nella spiritualità e nelle filosofie dell'estremo Oriente si usava indicare termini come *namas*, una voce Hindi per indicare l'inchino o la riverenza allo spirito divino interiore di ogni individuo. Oppure l'*atman*, che si poteva definire sommariamente come "energia spirituale interiore individuale" e che si doveva tentare di fondere con *Brahman*, la grande energia universale, un concetto di "spirito" ripreso anche dal buddhismo, sommariamente tradotto col termine di "*buddhità interiore*".

Nella filosofia della Grecia classica, il semplice concetto di *pneuma*=soffio, respiro, alito, si separò presto dal concetto di *anima-psyche* (anch'esso legato al significato di vento,soffio,respiro), e quest'ultimo più ristretto alla natura umana.

La separazione più netta tra *pneuma* e *psyche* si ebbe con Socrate e soprattutto con Platone, a partire dal 400 a.C. circa. In merito alla natura di entità a metà strada tra Uomo e Dio, inizialmente si partì da un concetto simile a quello di "genio sovraumano" "energia al di sopra" o "al di fuori" dell'essere umano, che fu chiamato entità *daimon-demon*, significato che poi assunse caratteristiche anche negative.

Parimenti, il soffio, il respiro di carattere divino e divinizzante assunse invece il nome di *pneumata,pneumatōs*, ad indicare un "essere", una "entità" un "soffio" separato dalla nostra dimensione e vita umana, e poi concepita, nella sua accezione dualistica, in "spirito benigno" e "spirito maligno", ad esempio come entità angeliche nel Bene, e demoniache nel Male.

Lo stoicismo ellenico del 300 a.C. lo definì come *principio attivo di natura spirituale*, aggiungendolo come elemento ai quattro conosciuti in natura (acqua,aria,terra,fuoco). Così anche gli gnostici cominciarono a separare l'uomo iliaco (ileo=corpo,involucro materiale) dall'uomo psichico e dall'uomo puramente *pneumatico*, cioè solo dello spirito.

Lo stesso San Paolo poi, si prese a cura di separare nettamente le "cose del soma" (carne/corpo/uomo) dalle "cose del pneuma" (lo "Spirito"), dando quindi ancora più sostegno a quel che diventerà il concetto filosofico occidentale dei "tre corpi": soma (corpo), psyché (mente, anima umana) e pneuma (il puro spirito).

Ma oltre a questi detrattori, vi furono soprattutto dei grandi sostenitori della potenza divina dello Spirito Santo. Il teologo Atanasio di Alessandria gli attribuì le caratteristiche di immutabilità, trascendenza, capacità di santificare e coinvolgimento nella stessa Creazione. Le interpretazioni dei testi biblici del profeta Elia gli attribuirono sette doni per l'Uomo, mentre San Paolo ne elencò nove frutti.

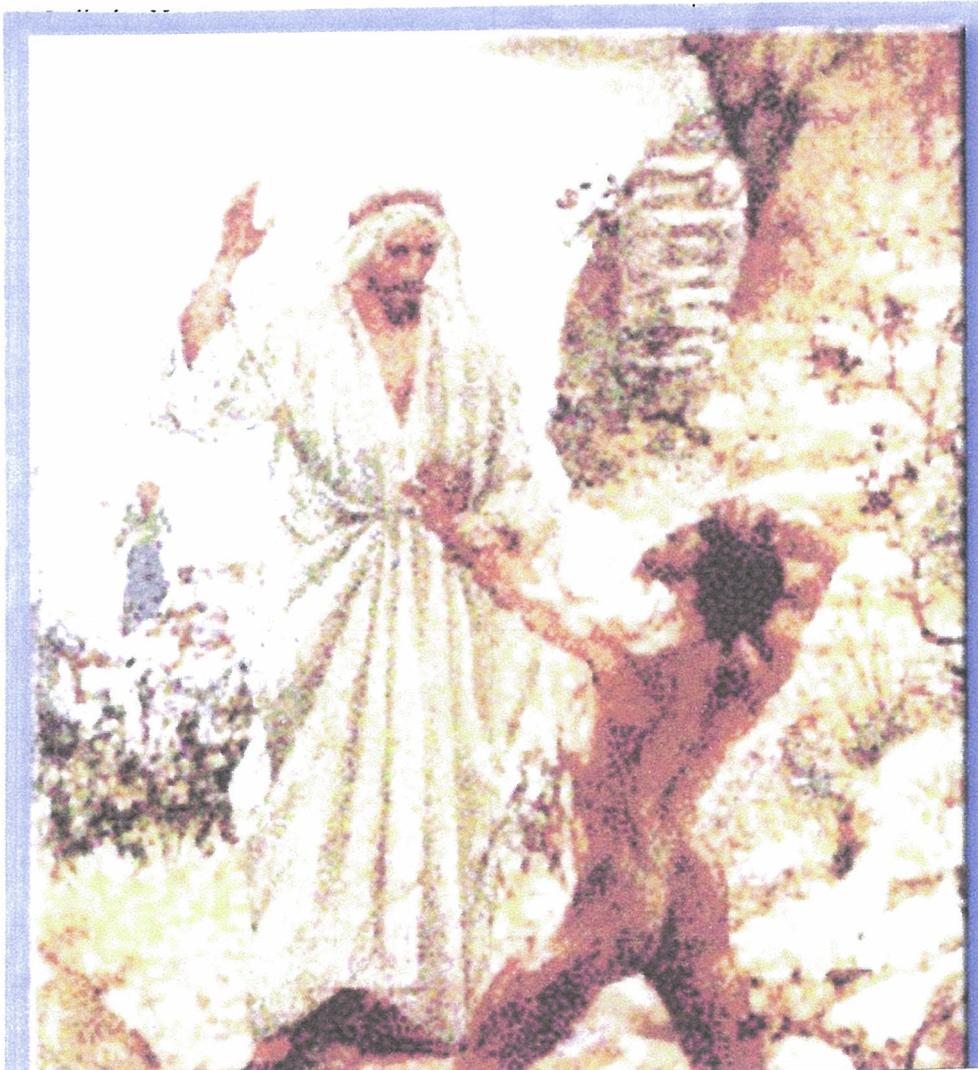
Intorno all'anno mille poi, la pneumatologia si dovette occupare del noto dibattito sul rapporto tra Cristo e lo Spirito Santo, una causa che determinò poi il Grande Scisma.

Accesissimo fu, in quei tempi di remota cristianità, il dibattito controverso intorno al *filioque*, la dottrina attestante la processione dello Spirito Santo dal Padre e dal Figlio, che a tutt'oggi costituisce una delle motivazioni di distanza fra Chiesa d'Oriente e Chiesa d'Occidente.

La Chiesa orientale affermò che lo Spirito Santo "procede" solo dal Padre (come indicato nell'avviso originale del Simbolo niceno-costantinopolitano), mentre Agostino di Ippona e tutta la Chiesa medioevale cattolica d'Occidente aggiunse il *filioque* = e dal Figlio.

Nella Riforma protestante e nella Controriforma europea, il rapporto tra Spirito Santo e Scrittura fu riesaminato. Martin Lutero e Giovanni Calvino ritennero che lo Spirito Santo avesse una certa indipendenza interpretativa delle Sacre Scritture, ma i teologi della Controriforma risposero che fu lo stesso Spirito Santo ad ispirare la Chiesa cattolica come l'autorevole interprete di esse.

Ad oggi, esiste un percorso nella pneumatologia cristiana che parte da una situazione umana, per risalire da essa in una progressiva coscienza di liberazione mediante l'invocazione dello Spirito e la preghiera, e che è appunto la profonda visione pneumatologica dell'essere umano che rinnova se stesso e il mondo per il recupero delle caratteristiche divine ed eterne, attraverso l'azione *vivificante e creatrice* dello stesso.



Il termine "spirito" nacque dai latini, che lo interpretarono sommariamente come il leggero "soffio" di vita (come i termini *espirare*, *spirare*), ad indicare, appunto, la vita, intesa proprio come vitalità, dinamicità, vento, respiro, soffio, cioè caratterizzata dalla respirazione aerobica degli esseri viventi più evoluti come l'uomo.

In particolare, il carattere divino del pneuma fu soprattutto legato alla interpretazione della Torah ebraica, dove nel Libro della Genesi Jahvé Dio "soffiò" l'alito della vita (il "soffio sacro", in ebraico il *ruah hakodesh*) nelle narici di Adamo (vedi anche Spirito Santo).

Contestualmente, la stessa parola "spirito" venne quindi associata a vita, vitalità, brio, energia esuberante, tanto da indicarne, in estensione, un significato materiale di bevanda alcolica e relativi effetti (la parola "alcohol" infatti deriva dalla parola "spirito", in lingua araba).

Nei secoli prese sempre più forma la differenza semantica del termine "psyche" come la sola "anima" umana, mente e personalità, dal termine "pneuma" per indicare propriamente lo "spirito divino", e cioè la parte profonda, pura, sacra e divina dell'anima stessa.

La pneumatologia filosofica, chiamata poi *pneumatica*, venne poi ripresa abbondantemente da Leibniz ^[1], come la "scienza degli spiriti", o dottrina dello spirito, superiore alla psyche, ed intesa come una ricerca gnostica oltre le anime ed oltre le sostanze semplici.

Il termine pneumatologia poi che si ritrova in Wolff, continuò a indicare lo studio dell'insieme di energie spirituali nell'ambito della psicologia e della teologia naturale, ma nel corso del XVIII e XIX secolo assume significati ancora più specifici. In Christian August Crusius (1715-1775), la pneumatologia è «la scienza dell'essenza necessaria di uno spirito» ^[2], mentre per D'Alambert è «la prima parte della scienza dell'uomo» ovvero «la conoscenza speculativa dell'anima umana» ^[3]

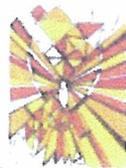
La pneumatologia si legò particolarmente alla nascente psicologia come studio profondo dell'anima umana, e delle sue parti più nascoste. Così accadde soprattutto grazie al teologo e filosofo cristiano Rosmini.

Teologia cristiana Nel Cristianesimo la pneumatologia indica la scienza teologica dello Spirito Santo, in relazione alla Trinità e alla storia della salvezza (soteriologia).

Se lo stesso San Paolo ed i primi testi biblici neo-testamentari distinsero le "cose del soma" (carne/corpo/uomo) dalle "cose del pneuma" (lo "spirito"), vero è altrettanto che, nel primo cristianesimo la concezione dello stesso "Spirito di Dio", lo Spirito Santo, fu presto indicata anche come lo Spirito di Verità, lo Spirito Consolatore e lo Spirito detto il *Paraclito*, *Paracleto* = dal greco *para-kaleo* = "invoco presso".

La storia della Chiesa cristiana contiene varie discussioni, che sono servite a definire progressivamente la pneumatologia cristiana, intesa come la dottrina dello Spirito Santo.

La patristica della Chiesa cristiana d'Oriente e d'Occidente fu presto impegnata in un primo dibattito sulla divinità dello Spirito Santo. Dapprima con Ario, che riteneva lo Spirito Santo fosse solo una "creatura", una "entità" o un "angelo primario", e poi coi suoi seguaci, ad esempio la corrente teologica del Macedonianismo, o detto anche Pneumatomachia di Macedonio di Costantinopoli (360 d.C.), che sosteneva che lo Spirito Santo non fosse a pari dignità gerarchica rispetto al Padre e al Figlio nella Santissima Trinità (questa fu ritenuta una eresia nel Primo Concilio di Costantinopoli del 381).



Disturbi psicosomatici

La **psicosomatica** è un ampio campo della patologia che si colloca a metà strada tra la medicina e la psicologia, in quanto indaga la relazione tra mente e corpo, ovvero tra il mondo emozionale ed affettivo e il soma. Nello specifico, ha lo scopo di rilevare e comprendere gli effetti negativi che la psiche, la mente, produce sul soma, il corpo.

I **disturbi psicosomatici** si possono considerare malattie vere e proprie che comportano danni a livello organico e che sono causate o aggravate da fattori emozionali.

I **sintomi psicosomatici** coinvolgono il sistema nervoso autonomo e forniscono una risposta vegetativa a situazioni di disagio psichico o di stress. Le emozioni negative, come il risentimento, il rimpianto e la preoccupazione possono mantenere il **sistema nervoso autonomo** (sistema simpatico) in uno stato di eccitazione e il corpo in una condizione di emergenza continua, a volte per un tempo più lungo di quello che l'organismo è in grado di sopportare. I pensieri troppo angosciosi, quindi, possono mantenere il sistema nervoso autonomo in uno stato di attivazione persistente il quale può provocare dei danni agli **organi più deboli**.

Disturbi di tipo psicosomatico possono manifestarsi nell'**apparato gastrointestinale** (gastrite, colite ulcerosa, ulcera peptica), nell'**apparato cardiocircolatorio** (tachicardia, aritmie, cardiopatia ischemica, ipertensione essenziale), nell'**apparato respiratorio** (asma bronchiale, sindrome iperventilatoria), nell'**apparato urogenitale** (dolori mestruali, impotenza, eiaculazione precoce o anorgasmia, enuresi), nel **sistema cutaneo** (la psoriasi, l'acne, la dermatite atopica, il prurito, l'orticaria, la secchezza della cute e delle mucose, la sudorazione profusa), nel **sistema muscoloscheletrico** (la cefalea tensiva, i crampi muscolari, il torcicollo, la mialgia, l'artrite, dolori al rachide, la cefalea nucale) e nell'**alimentazione**.

Sintomi psicosomatici sono comuni nelle varie forme di **depressione** e in quasi tutti i **disturbi d'ansia**, ma esistono dei **disturbi psicosomatici** veri e propri in assenza di altri sintomi di natura psicologica, che rendono più difficile, per il soggetto, imputare il malessere fisico ad un problema psicologico piuttosto che ad un malfunzionamento organico.



Fobia sociale

La **fobia sociale** è un disturbo alquanto diffuso tra la popolazione. Secondo alcuni studi, la percentuale di persone che ne soffre va dal 3% al 13%. Sempre secondo questi studi sembra che ne soffrano più le donne che gli uomini.

La caratteristica principale della **fobia sociale** è la paura di agire, di fronte agli altri, in modo imbarazzante o umiliante e di ricevere giudizi negativi.

Questa paura può portare chi ne soffre ad evitare la maggior parte delle situazioni sociali, per la paura di comportarsi in modo "sbagliato" e di venir mal giudicati.

Solitamente le situazioni più temute da chi soffre di **fobia sociale** sono quelle che implicano la necessità di dover fare qualcosa davanti ad altre persone, come ad esempio esporre una relazione o anche solo firmare, telefonare o mangiare; a volte può creare ansia semplicemente entrare in una sala dove ci sono persone già sedute, oppure parlare con un proprio amico.

Le persone che soffrono di **fobia sociale** temono di apparire ansiose e di mostrarne i "segni", cioè temono di diventare rosse in volto, di tremare, di balbettare, di sudare, di avere batticuore, oppure di rimanere in silenzio senza riuscire a parlare con gli altri, senza avere la battuta "pronta".

Infine, accade spesso che chi ne soffre, quando non si trova in una situazione temuta, riconosca come irragionevole la propria paura e tenda, conseguentemente, ad auto accusarsi e rimproverarsi per non riuscire a fare cose che tutti fanno.

La **fobia sociale**, se non trattata, tende a rimanere stabile e cronica, e spesso può dare luogo ad altri disturbi come la **depressione**.

Tale disturbo sembra esordire normalmente in età adolescenziale o nella prima età adulta.

Solitamente si distinguono due tipi di **Fobia Sociale**:

semplice, quando la persona teme solo una o poche tipologie di situazioni (per esempio è incapace di parlare in pubblico, ma non ha problemi in altre situazioni sociali come partecipare ad una festa o parlare con uno sconosciuto);

generalizzata, quando invece la persona teme pressoché tutte le situazioni sociali. Nelle forme più gravi e pervasive, si tende a preferire la diagnosi di **Disturbo Evitante di Personalità**.



Attacchi di panico

Gli **attacchi di panico** sono episodi di improvvisa ed intensa paura o di una rapida escalation dell'ansia normalmente presente. Sono accompagnati da sintomi somatici e cognitivi, quali **palpitazioni**, sudorazione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore al petto, nausea, paura di morire o di impazzire, brividi o vampate di calore.

Chi ha provato gli **attacchi di panico** li descrive come un'esperienza terribile, spesso improvvisa ed inaspettata, almeno la prima volta. E' ovvio che la paura di un nuovo attacco diventa immediatamente forte e dominante.

Il singolo episodio, quindi, sfocia facilmente in un vero e proprio **disturbo di panico**, più per "paura della paura" che altro. La persona si trova rapidamente invischiata in un tremendo circolo vizioso che spesso si porta dietro la cosiddetta "**agorafobia**", ovvero l'ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile un aiuto, nel caso di un attacco di panico inaspettato.

Diventa così pressoché impossibile uscire di casa da soli, viaggiare in treno, autobus o guidare l'auto, stare in mezzo alla folla o in coda, e così via.

L'**evitamento di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene** diviene la modalità prevalente ed il paziente diviene schiavo del suo disturbo, costringendo spesso tutti i familiari ad adattarsi di conseguenza, a non lasciarlo mai solo e ad accompagnarlo ovunque, con l'inevitabile senso di frustrazione che deriva dal fatto di essere "grande e grosso" ma dipendente dagli altri, che può condurre ad una depressione secondaria.

La caratteristica essenziale del **Disturbo di Panico** è la presenza di **attacchi di panico** ricorrenti, inaspettati, seguiti da almeno 1 mese di preoccupazione persistente di avere un altro attacco di panico.

La persona si preoccupa delle possibili implicazioni o conseguenze degli **attacchi di panico** e cambia il proprio comportamento in conseguenza degli attacchi, principalmente evitando le situazioni in cui teme che essi possano verificarsi.

Il primo **attacco di panico** è generalmente inaspettato, cioè si manifesta "a ciel sereno", per cui il soggetto si spaventa enormemente e, spesso, ricorre al pronto soccorso; poi possono diventare più prevedibili.

Per la diagnosi sono richiesti almeno due **attacchi di panico** inaspettati, ma la maggior parte degli individui ne hanno molti di più.

Gli individui con **Disturbo di Panico** mostrano caratteristiche preoccupazioni o interpretazioni sulle implicazioni o le conseguenze degli **attacchi di panico**. La preoccupazione per il prossimo attacco o per le sue implicazioni sono spesso associate con lo sviluppo di condotte di evitamento che possono determinare una vera e propria **Agorafobia**, nel qual caso viene diagnosticato il **Disturbo di Panico con Agorafobia**.

Di solito gli **attacchi di panico** sono più frequenti in periodi stressanti. Alcuni eventi di vita possono infatti fungere da fattori precipitanti, anche se non indicano necessariamente un **attacco di panico**. Tra gli eventi di vita precipitanti riferiti più comunemente troviamo la separazione, la perdita o la malattia di una persona significativa, l'essere vittima di una qualche forma di violenza, problemi finanziari e lavorativi.

I primi attacchi si verificano di solito in situazioni agorafobiche (come guidare da soli o viaggiare su un autobus in città) e comunque spesso in qualche contesto stressante.

Gli eventi stressanti, le situazioni agorafobiche, il caldo e le condizioni climatiche umide, le droghe psicoattive possono infatti far insorgere sensazioni corporee che possono essere interpretate in maniera catastrofica, aumentando il rischio di sviluppare **attacchi di panico e disturbi di panico**.

Ipocondria

La caratteristica essenziale della **ipocondria** è la preoccupazione legata alla paura di avere, oppure alla convinzione di avere, una grave malattia, basata sulla errata interpretazione di uno o più segni o sintomi fisici.

Perché si possa parlare di **ipocondria**, ovviamente, una valutazione medica completa deve avere escluso qualunque condizione medica generale che possa spiegare pienamente i suoi **segni o sintomi fisici** (per quanto possa talora essere presente una condizione medica generale concomitante).

L'aspetto principale dell'ipocondria è che la paura o la convinzione ingiustificate di avere una malattia persistono nonostante le rassicurazioni mediche.

Nella **ipocondria** la preoccupazione può riguardare le funzioni corporee (per es. il battito cardiaco, la traspirazione o la peristalsi); alterazioni fisiche di lieve entità (per es. una piccola ferita o un occasionale raffreddore); oppure sensazioni fisiche vaghe o ambigue (per es. "cuore affaticato", "vene doloranti").

La persona attribuisce questi **sintomi o segni** alla malattia sospettata ed è molto preoccupata per il loro significato e per la loro causa. Le preoccupazioni possono riguardare **numerosi apparati**, in momenti diversi o simultaneamente.

In alternativa ci può essere preoccupazione per un organo specifico o per una singola malattia (per es. la paura di avere una malattia cardiaca). **Visite mediche ripetute**, esami diagnostici e rassicurazioni da parte dei medici servono poco ad alleviare la preoccupazione concernente la malattia o la sofferenza fisica. Per esempio, un soggetto preoccupato di avere una malattia cardiaca non si sentirà rassicurato dalla ripetuta negatività dei reperti delle visite mediche, dell'ECG, o persino della angiografia cardiaca.

I soggetti con l'**ipocondria** possono allarmarsi se leggono o sentono parlare di una malattia, se vengono a sapere che qualcuno si è ammalato, o a causa di osservazioni, sensazioni, o eventi che riguardano il loro corpo.

La preoccupazione riguardante le **malattie temute** spesso diviene per il soggetto un elemento centrale della immagine di sé, un argomento abituale di conversazione, e un modo di rispondere agli stress della vita.

Disturbo bipolare

Il **disturbo bipolare** non è particolarmente frequente nella popolazione generale. Sembra infatti che ne sia affetto una percentuale che va dallo 0.4% al 1,5% della popolazione.

Nonostante è un disturbo serio e invalidante, che merita una certa attenzione.

Chi soffre di questa condizione tende a presentare **fasi depressive** seguite da **fasi maniacali**.

Le fasi depressive sono caratterizzate da un umore particolarmente basso, una marcata e profonda tristezza e dalla sensazione che non ci sia più nulla in grado di dare piacere. Inoltre, durante queste fasi, il sonno può facilmente aumentare o diminuire, così come l'appetito; concentrarsi su un'attività diventa più difficile. A volte la **disperazione** ed il **senso di vuoto** sono così marcati che le persone pensano al suicidio.

Le **fasi maniacali**, in alcuni casi, sono esattamente il contrario delle fasi depressive. Sono caratterizzate, infatti, da un **umore particolarmente euforico**, dalla sensazione che tutto sia possibile e da un ottimismo eccessivo. Le idee ed i pensieri si accavallano rapidamente nella mente ed a volte diventano così veloci che spesso diventa difficile seguirli. Il **comportamento** diventa **disorganizzato ed inconcludente**. L'energia è tanta che spesso chi attraversa queste fasi non sente il bisogno di mangiare o dormire ed ha la sensazione di poter fare qualsiasi cosa, a tal punto da commettere **azioni impulsive o compromettenti**, come spese folli o imprese avventate.

In altri casi, tuttavia, la fase maniacale non è caratterizzata da umore euforico, bensì **disforico**, ovvero da un senso costante di rabbiosità e ingiustizia subita, intolleranza, irritabilità e, spesso, vera e propria aggressività, mancando la capacità di valutare adeguatamente le conseguenze delle proprie azioni.

Generalmente le **fasi depressive** tendono a durare maggiormente rispetto a quelle maniacali: di solito le prime durano da qualche settimana a qualche mese, mentre le seconde da una a due settimane.

A volte il passaggio da una fase all'altra è immediato, a volte, invece, intercorre un periodo di umore normale. Solitamente una fase insorge lentamente, mentre a volte può arrivare improvvisamente.

Caratteristiche essenziali del **disturbo ossessivo compulsivo** sono pensieri, immagini o impulsi ricorrenti che creano allarme o paura e che costringono la persona a mettere in atto comportamenti ripetitivi o azioni mentali.

Come il nome stesso lascia intendere, il **disturbo ossessivo compulsivo** è caratterizzato da **ossessioni** e **compulsioni**. Almeno l'80% dei pazienti con DOC ha sia ossessioni che compulsioni, meno del 20% ha solo ossessioni o solo compulsioni.

Le **ossessioni** sono pensieri, immagini o impulsi che si presentano più e più volte e sono al di fuori del controllo di chi li sperimenta. Tali idee sono sentite come disturbanti e intrusive, e, almeno quando le persone non sono assalite dall'ansia, sono giudicate come infondate ed insensate. Le persone con **disturbo ossessivo compulsivo** possono preoccuparsi eccessivamente dello sporco e dei germi. Possono essere terrorizzate dalla paura di avere inavvertitamente fatto del male a qualcuno, di poter perdere il controllo di sé e diventare aggressive in certe situazioni, di aver contratto malattie infettive o di essere omosessuali, anche se di solito riconoscono che tutto ciò non è realistico. Le **ossessioni** sono accompagnate da emozioni sgradevoli, come paura, disgusto, disagio, dubbi, o dalla sensazione di non aver fatto le cose nel "modo giusto", e gli innumerevoli sforzi per contrastarle non hanno successo, se non momentaneo.

Le **compulsioni** tipiche del **disturbo ossessivo compulsivo** vengono anche definite rituali o cerimoniali e sono comportamenti ripetitivi (lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (contare, pregare, ripetere formule mentalmente) messi in atto per ridurre il senso di disagio e l'ansia provocati dai pensieri e dagli impulsi tipici delle ossessioni. Costituiscono, cioè, un tentativo di elusione del disagio, un mezzo per cercare di conseguire un controllo sulla propria ansia. In generale tutte le compulsioni che includono la pulizia, il lavaggio, il controllo, l'ordine, il conteggio, la ripetizione ed il collezionare si trasformano in rigide regole di comportamento e sono spesso bizzarre e francamente eccessive.

Il **disturbo ossessivo compulsivo** colpisce, indistintamente per età e sesso, dal 2 al 3% della popolazione. Può infatti manifestarsi sia negli uomini sia nelle donne, indifferentemente, e può esordire nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta.

L'età tipica in cui compare più frequentemente è tra i 6 e i 15 anni nei maschi e tra i 20 e i 29 nelle donne. I primi sintomi si manifestano nella maggior parte dei casi prima dei 25 anni (il 15% ha esordio intorno ai 10 anni) e in bassissima percentuale dopo i 40 anni.

Se il **disturbo ossessivo compulsivo** non viene curato, generalmente tende a cronicizzare e ad aggravarsi progressivamente.

Ansia e disturbi d'ansia

Una larga parte di noi ha avuto o potrà avere un **disturbo d'ansia** nel corso della propria vita.

L'**ansia** di per sé, tuttavia, non è un fenomeno anormale. Si tratta di un'emozione di base, che comporta uno stato di attivazione dell'organismo e che si attiva quando una situazione viene *percepita soggettivamente come pericolosa*. Nella specie umana l'**ansia** si traduce in una tendenza immediata all'esplorazione dell'ambiente, nella ricerca di spiegazioni, rassicurazioni e vie di fuga, nonché in una serie di fenomeni neurovegetativi come l'aumento della frequenza del respiro, del battito cardiaco (**tachicardia**), della sudorazione, le **vertigini**, ecc.. Tali fenomeni dipendono dal fatto che, ipotizzando di trovarsi in una situazione di reale pericolo, l'organismo in **ansia** ha bisogno della massima energia muscolare a disposizione, per poter scappare o attaccare in modo più efficace possibile, scongiurando il pericolo e garantendosi la sopravvivenza.

L'**ansia**, quindi, non è solo un limite o un disturbo, ma costituisce una importante risorsa, perché è una **condizione fisiologica**, efficace in molti momenti della vita per proteggerci dai rischi, mantenere lo stato di allerta e migliorare le prestazioni (ad es., sotto esame).

Quando l'attivazione del sistema di **ansia** è eccessiva, ingiustificata o sproporzionata rispetto alle situazioni, però, siamo di fronte ad un **disturbo d'ansia**, che può complicare notevolmente la vita di una persona e renderla incapace di affrontare anche le più comuni situazioni.

Anoressia

Una persona è arretta da **Anoressia Nervosa** se manifesta tutte e quattro le seguenti caratteristiche:

- Perdita di peso rilevante (più del 15% del peso considerato normale per età, sesso e altezza)
- Paura intensa di ingrassare anche quando si è in sottopeso
- Alterazione nel modo di vivere il peso, la taglia e le forme corporee.
- Scomparsa delle mestruazioni (nelle donne assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi)

La caratteristica principale dell'**anoressia** nervosa è il rifiuto del cibo, ma chi soffre di tale disturbo ha sempre una intensa fame e appetito. Il **rifiuto di mangiare** nasce dalla forte paura di ingrassare e dalla necessità di controllare l'alimentazione. Per evitare di ingrassare chi soffre di **anoressia** nervosa mette in atto una serie di comportamenti tipici del disturbo quali seguire una dieta ferrea, fare esercizio fisico in maniera eccessiva, indursi il vomito dopo aver mangiato anche piccole quantità di cibo.

Si distinguono due forme di **anoressia** nervosa: l'**anoressia restrittiva**, forma in cui il dimagrimento è causato dal digiuno e dall'intensa attività fisica, e l'**anoressia con bulimia**, forma in cui la persona mette in atto comportamenti che insieme al digiuno servono a diminuire il peso corporeo (abuso di lassativi e/o diuretici, vomito).

La percezione ed il **valore** attribuiti all'aspetto fisico ed al peso corporeo risultano distorti in questi soggetti. Alcuni si sentono grassi in riferimento alla totalità del loro corpo, altri pur ammettendo la propria magrezza, percepiscono come "troppo grasse" alcune parti del corpo, in genere l'addome, i glutei, le cosce.

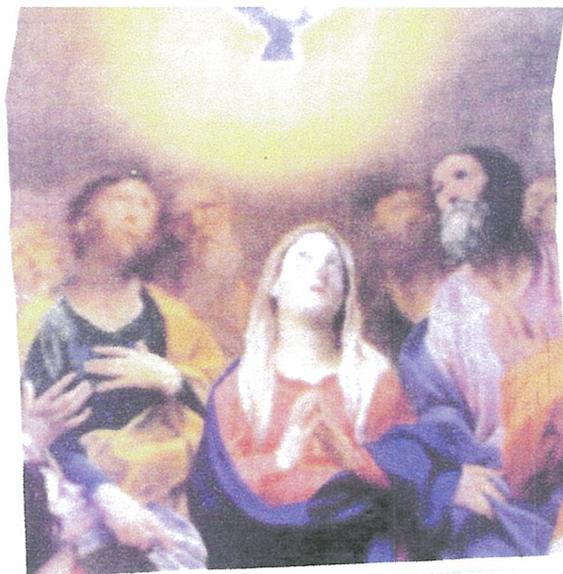
Possono adottare le tecniche più disparate per valutare dimensioni e peso corporei, come pesarsi di continuo, misurarsi ossessivamente con il metro, o controllare allo specchio le parti percepite come "grasse". Nei soggetti con **anoressia** nervosa i livelli di autostima sono fortemente influenzati dalla forma fisica e dal peso corporeo. La perdita di peso viene considerata come una straordinaria conquista ed un segno di ferrea autodisciplina, mentre l'incremento ponderale viene esperito come una inaccettabile perdita delle capacità di controllo. Sebbene alcuni possano rendersi conto della propria magrezza, tipicamente i soggetti con questo disturbo negano le gravi conseguenze sul piano della salute fisica del loro stato di emaciazione.

Bulimia nervosa

Una persona affetta da **Bulimia Nervosa** presenta le seguenti caratteristiche:

- **Abbuffate ricorrenti** caratterizzate dal consumo di grandi quantità di cibo e dalla sensazione di perdere il controllo sull'atto di mangiare.
- **Comportamenti di compenso**. Il vomito autoindotto è il meccanismo di compenso più frequentemente utilizzato, molte persone utilizzano lassativi e diuretici impropriamente, altre fanno esercizio fisico in modo eccessivo.
- Le abbuffate e le condotte compensatorie devono verificarsi almeno 2 volte a settimana per tre mesi
- **Preoccupazione estrema per il peso e le forme corporee**.
- Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

La caratteristica principale della **bulimia** nervosa è un **circolo autopertuante** di preoccupazione per il peso e le forme corporee -> dieta ferrea -> abbuffate -> vomito autoindotto. La diretta conseguenza dell'intensa preoccupazione per le forme e il peso in soggetti che basano l'autovalutazione personale sulla magrezza è cercare di dimagrire seguendo una **dieta caratterizzata da regole molto rigide**. La dieta ferrea è la principale responsabile della comparsa delle abbuffate. Seguire una dieta rigida in modo perfezionistico porta prima o poi inevitabilmente a compiere piccole trasgressioni che vengono vissute da chi soffre di problemi dell'alimentazione come una irrimediabile **perdita di controllo**. Le abbuffate in una prima fase possono dare piacere perché allentano la tensione del dover seguire in modo ferreo la dieta, col passare del tempo determinano però **emozioni negative** (paura di ingrassare, senso di colpa, vergogna, disgusto) che a loro volta possono innescare nuove abbuffate.



Fobie

La **fobia** è una paura marcata e persistente con caratteristiche peculiari:

- è **sproporzionata** rispetto al reale pericolo dell'oggetto o della situazione;
- non può essere controllata con spiegazioni razionali, dimostrazioni e ragionamenti;
- supera la capacità di **controllo volontario** che il soggetto è in grado di mettere in atto;
- produce l'**evitamento** sistematico della situazione-stimolo temuta;
- **permane** per un periodo prolungato di tempo senza risolversi o attenuarsi;
- comporta un certo grado di **disadattamento** per l'interessato;
- l'individuo riconosce che la paura è **irragionevole** e che non è dovuta ad effettiva pericolosità dell'oggetto, attività o situazione temuta.

La fobia è dunque una **paura estrema, irrazionale e sproporzionata** per qualcosa che non rappresenta una reale minaccia e con cui gli altri si confrontano senza particolari tormenti psicologici. Chi ne soffre, infatti, è sopraffatto dal terrore all'idea di venire a contatto magari con un animale innocuo come un ragno o una lucertola, o di fronte alla prospettiva di compiere un'azione che lascia indifferenti la maggior parte delle persone (ad esempio, il claustrofobico non riesce a prendere l'ascensore o la metropolitana). Le persone che soffrono di fobie si rendono perfettamente conto dell'irrazionalità di certe reazioni emotive, ma non possono controllarle.

L'**ansia** da fobia, o "fobica", si esprime con **simptomi fisiologici** come tachicardia, disturbi gastrici e urinari, nausea, diarrea, senso di soffocamento, rossore, sudorazione eccessiva, tremore e spossatezza. Si sta male e si desidera una cosa sola: fuggire!

Scappare, d'altra parte, è una strategia di emergenza. La **tendenza ad evitare** tutte le situazioni o condizioni che possono essere associate alla paura, sebbene riduca sul momento gli effetti della paura, in realtà costituisce una micidiale trappola: ogni **evitamento**, infatti, conferma la pericolosità della situazione evitata e prepara l'evitamento successivo (in termini tecnici si dice che ogni evitamento rinforza negativamente la paura). Tale spirale di progressivi evitamenti produce l'incremento, non solo della sfiducia nelle proprie risorse, ma anche della **reazione fobica** della persona, al punto da interferire significativamente con la normale routine dell'individuo, con il funzionamento lavorativo o scolastico oppure con le attività o le relazioni sociali. Il disagio diviene così **sempre più limitante**. Chi ha la fobia dell'aereo può trovarsi, ad esempio, a rinunciare a molte trasferte, e la cosa diventa imbarazzante se è necessario spostarsi per lavoro. Chi è terrorizzato dagli aghi e dalle siringhe può rinunciare a controlli medici necessari o privarsi dell'esperienza di una gravidanza. Chi ha paura dei piccioni non attraversa le piazze e non può godersi un caffè seduto ai tavolini di un bar all'aperto e così via.

Una persona si definisce **omossessuale** quando prova sentimenti di innamoramento, desideri, ed attrazione erotica nei confronti di altre persone dello stesso sesso. Sul perché e sul come si diventi **omossessuale** si è molto parlato. Nonostante ciò, non esiste ancora uno studio scientifico o un'ipotesi ufficiale che possa, con assoluta certezza, spiegare il perché una persona diventi **omossessuale** ed un'altra **eterosessuale**. L'unica cosa di cui si è certi è che l'omossessualità non sia una malattia, ma semplicemente una **variante normale** della sessualità umana.

La parola **omossessualità** è stata tolta definitivamente dal Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, manuale dove psicologi e psichiatri possono trovare le linee guida con cui stabilire la presenza o meno di un disturbo mentale) già dal 1973. Il documento dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA), che sanciva questa modifica, dichiarava: "L'omossessualità in sé non implica un deterioramento nel giudizio, nell'adattamento, nel valore o nelle generali abilità sociali o motivazionali di un individuo". Già da molto tempo, dunque, è ingiustificato considerare l'omossessualità come una malattia, ma nonostante questo le persone comuni continuano ad avere questo **pregiudizio** e gli omossessuali continuano ad essere vittime dell'**omofobia**! La società in cui la persona **omossessuale** vive, infatti, è ancora fortemente omofobica ed eterosessista, e ciò influenza enormemente lo sviluppo individuale ed il comportamento di **gay e lesbiche**. A causa dell'**omofobia** e dell'eterosessismo, infatti, la persona omossessuale, fin dall'adolescenza, sperimenta sensazioni di **diversità** e di sofferenza emotiva, che la spingono verso l'isolamento sociale e che le impediscono di venire allo scoperto (**coming out**).

Psicosi

Il termine "psicosi" fu introdotto nel XIX secolo con il significato di **malattia mentale** o follia. Successivamente è emersa, sul piano concettuale, la necessità di suddividere alcune di queste malattie con la denominazione **nevrosi**. Da allora i due termini hanno avuto un'evoluzione che si è espressa su piani diversi. Attualmente con disturbo psicotico si intende un **disturbo psichiatrico grave** caratterizzato da un distacco dall'ambiente che lo circonda, da forti difficoltà ad iniziare delle attività e a provare sentimenti autentici nei confronti delle altre persone; c'è quindi una **grave alterazione dell'equilibrio psichico** dell'individuo con compromissione dell'esame di realtà e disturbi formali del pensiero.

Tali disturbi hanno come caratteristica predominante i sintomi psicotici, raggruppabili in:

- **Disturbi di forma del pensiero**: alterazioni del flusso ideico, fino alla fuga delle idee e all'incoerenza, alterazione dei nessi associativi;

- **Disturbi di contenuto del pensiero**: **ideazione prevalente o delirante** (i cosiddetti **deliri**);

- **Disturbi della sensopercezione**: **allucinazioni** uditive, visive, olfattive, tattili, gustative.

Quindi una persona che presenta sintomi psicotici può non riuscire ad affrontare i suoi problemi quotidiani perché non riesce più a pensare con chiarezza oppure perché è convinta che qualcosa o qualcuno influenzi i suoi pensieri. Può non riuscire più a lavorare come prima, come se avesse perso la capacità di fare cose che prima sapeva fare o come se non potesse più concentrarsi a prendere decisioni. Inoltre può avere difficoltà a parlare con altre persone o non averne più voglia e non provare più piacere a farlo.

I **disturbi psicotici**, generalmente, esordiscono nell'adolescenza e nella precoce età adulta e quasi sempre sono il risultato di **fattori organici, psicologici e costituzionali**. Non sono ancora state identificate con chiarezza le cause che generano questo tipo di disturbi. E' largamente diffusa l'ipotesi che siano interessati fattori biologici, genetici, psicologici e sociali.

E' probabile che tali fattori possano creare in alcune persone una **vulnerabilità** a sviluppare questo tipo di disturbi; tale vulnerabilità in condizioni di stress particolarmente accentuato o cronico può permettere lo svilupparsi di tali disturbi.

I principali disturbi psicotici sono: **Schizofrenia**, Disturbo delirante, Disturbo schizofreniforme, Disturbo schizoaffettivo, Disturbo psicotico breve.

Il trattamento delle psicosi punta a ristabilire un corretto **funzionamento biochimico** del sistema nervoso centrale. Generalmente il trattamento, soprattutto nella fase acuta, è di tipo **farmacologico** (esistono attualmente molti nuovi **farmaci antipsicotici**), al quale è fondamentale associare un **intervento psicologico-riabilitativo**. Tali interventi hanno come obiettivo principale l'insegnamento delle abilità sociali; un **lavoro con la famiglia** attraverso interventi psicoeducazionali che aiutino i familiari ad affrontare la malattia e promuovono il loro reciproco aiuto; specifici interventi psicologici **cognitivo-comportamentali** con la persona stessa.

Si definisce **insonnia** lo stato in cui una persona percepisce il proprio sonno come insufficiente o insoddisfacente; in altre parole quando il paziente non riesce a trarre beneficio dal riposo perché dorme troppo poco oppure dorme male.

L'insonnia fa parte delle **dissonnie**, disturbi dovuti ad alterazioni di ritmo, quantità e qualità del sonno, così come le **apnee notturne** e le **ipersonnie** (narcolessia).

Un altro gruppo di disturbi del sonno è quello delle **parasonnie**, caratterizzate dalla presenza di un evento anomalo e indesiderato nel corso del sonno, o nelle fasi di passaggio tra la veglia ed il sonno. Sono parasonnie il sonnambulismo, il sonniloquio (parlare durante il sonno), gli incubi, l'enuresi (minzione involontaria), il bruxismo (digrignare i denti), la sindrome delle gambe senza riposo (movimenti involontari e prolungati delle gambe, che impediscono l'addormentamento).

L'**insonnia** non è una malattia univoca ma si presenta in tanti modi diversi, ecco perché clinicamente viene classificata tenendo conto di almeno tre parametri: la sua durata, le possibili cause e la tipologia.

Durata dell'insonnia: varia da paziente a paziente e può subire modificazioni nel corso della vita di uno stesso individuo. Può esserci insonnia occasionale, transitoria o cronica.

Cause dell'insonnia: distinguiamo l'insonnia primaria o non organica (quando il paziente è sano e non ci sono cause apparenti che giustifichino l'insonnia) e secondaria (quando l'insonnia è dovuta ad altre malattie fisiche o altri problemi psicologici, come la depressione)

Tipo di insonnia: distinguiamo l'**insonnia iniziale** (quando il paziente fatica ad addormentarsi), **centrale** (caratterizzata da frequenti e sostenuti risvegli durante la notte) e **tardiva** (caratterizzata da risveglio mattutino precoce). Esiste anche un'**insonnia soggettiva**, ovvero la percezione di dormire poco e male, nonostante i dati oggettivi dimostrino il contrario e la persona dorma più o meno regolarmente.

Depressione

La **depressione** è un disturbo diffuso tra la popolazione generale e quindi molto ben conosciuto.

Sembra, infatti, che ne soffra dal 10% al 15% della popolazione, con una frequenza maggiore tra le donne.

Il Disturbo Depressivo è associato ad una elevata mortalità. Fino al 15% degli individui con un Disturbo Depressivo grave muore per suicidio.

Altri disturbi sono frequentemente presenti contemporaneamente alla **depressione** (per es., Disturbi Correlati a Sostanze, **Attacchi di Panico**, **Disturbo Ossessivo-Compulsivo**, **Anorexia Nervosa**, **Bulimia Nervosa**, **Disturbo Borderline di Personalità**).

Fino al 20%-25% degli individui con certe condizioni mediche generali (per es., diabete, infarto del miocardio, carcinomi, ictus) svilupperanno la **depressione** nel corso del tempo. D'altra parte, il trattamento della condizione medica generale è più complesso, e la prognosi è meno favorevole, se è presente il Disturbo Depressivo.

La **depressione** (Singola o Ricorrente) è due volte più comune nelle femmine adolescenti e adulte che nei maschi adolescenti e adulti. Nei bambini prepuberi, maschi e femmine sono ugualmente affetti. Le frequenze negli uomini e nelle donne sono più elevate nel gruppo di età dai 25 ai 44 anni mentre le frequenze sono più basse sia per gli uomini che per le donne oltre i 65 anni.

Il Disturbo Depressivo può esordire ad ogni età, con un'età media di esordio intorno ai 25 anni. Alcuni hanno episodi di **depressione** isolati seguiti da molti anni senza sintomi, mentre altri hanno gruppi di episodi, e altri ancora hanno episodi sempre più frequenti con l'aumentare dell'età. Alcuni dati suggeriscono che i periodi di remissione generalmente durano più a lungo all'inizio del decorso del disturbo. Il numero di episodi precedenti predice la probabilità di sviluppare un successivo Episodio Depressivo.

Tra le possibili cause della **depressione** troviamo fattori di tipo psicosociale, ma anche di tipo genetico e biologico. Gli Episodi del Disturbo Depressivo spesso seguono un grave evento psicosociale stressante, come la morte di una persona cara o il divorzio. Gli studi suggeriscono che gli eventi psicosociali (eventi stressanti) possono giocare un ruolo più significativo nel precipitare il primo o il secondo episodio del Disturbo Depressivo e avere meno importanza per l'esordio degli episodi successivi. Tra questi eventi possiamo trovare anche cambiamenti nelle condizioni lavorative o l'inizio di un nuovo tipo di lavoro, la malattia di una persona cara, gravi conflitti familiari, cambiamenti nel giro di amicizie, cambiamenti di città, ecc.

Gli studi supportano l'ipotesi dell'ereditabilità della **depressione**, infatti i figli di genitori depressi presentano un rischio più elevato di sviluppare depressione. Tra le cause della depressione si hanno anche modificazioni a livello biologico, nella regolazione di alcune sostanze come neurotrasmettitori e ormoni.

Una **Disfunzione Sessuale** è caratterizzata da un'anomalia del processo che sottende il ciclo di risposta sessuale, o da dolore associato al rapporto sessuale. Il ciclo di risposta sessuale normale può essere diviso nelle seguenti fasi:

1. **Desiderio.** Questa fase consiste in fantasie sull'attività sessuale e nel **desiderio di praticare attività sessuale**.
2. **Eccitazione.** Questa fase consiste in una sensazione soggettiva di piacere sessuale e nelle concomitanti modificazioni fisiologiche. Le principali modificazioni nel maschio sono la tumescenza del pene e l'**erezione**. Le principali modificazioni nella donna sono la vasocongestione pelvica, la **lubrificazione e la dilatazione della vagina**, e la tumescenza dei genitali esterni.
3. **Orgasmo.** Questa fase consiste in un picco di piacere sessuale, con allentamento della tensione sessuale e contrazioni ritmiche dei muscoli perineali e degli organi riproduttivi. Nel maschio vi è la sensazione di inevitabilità dell'**eiaculazione**, seguita dall'emissione di sperma. Nella femmina vi sono contrazioni (non sempre percepite soggettivamente come tali) della parete del terzo esterno della vagina.
4. **Risoluzione.** Questa fase consiste in una sensazione di rilassamento muscolare e di **benessere** generale. Durante questa fase, i maschi sono fisiologicamente refrattari ad ulteriori erezioni ed orgasmi per un periodo variabile di tempo. Al contrario, le femmine possono essere in grado di rispondere a nuove stimolazioni quasi immediatamente.

I **disturbi della risposta sessuale** possono verificarsi in una o più di queste fasi.

Sia nell'uomo che nella donna i disturbi della fase del desiderio sono il **desiderio ipoattivo o l'avversione sessuale**.

Nell'uomo il disturbo più comune della fase dell'eccitazione è il **disturbo dell'erezione (impotenza)**, mentre nella donna vi è la **manca di eccitazione sessuale** e di lubrificazione.

Nell'uomo il disturbo più comune della fase dell'orgasmo è l'**eiaculazione precoce**, anche se esistono uomini che hanno eiaculazione ritardata, impossibile o non piacevole, mentre nella donna è molto comune l'**anorgasmia o frigidità** (impossibilità di raggiungere l'orgasmo).

Esistono poi i cosiddetti disturbi da dolore sessuale, ovvero la **dispareunia**, sia maschile che femminile, che consiste in un coito doloroso, solitamente dovuto a cause organiche, o il **vaginismo femminile**, involontaria contrazione della vagina che impedisce la penetrazione.

Disturbi psicosomatici

La **psicosomatica** è un ampio campo della patologia che si colloca a metà strada tra la medicina e la psicologia, in quanto indaga la relazione tra mente e corpo, ovvero tra il mondo emozionale ed affettivo e il soma. Nello specifico, ha lo scopo di rilevare e comprendere gli effetti negativi che la psiche, la mente, produce sul soma, il corpo.

I **disturbi psicosomatici** si possono considerare malattie vere e proprie che comportano danni a livello organico e che sono causate o aggravate da fattori emozionali.

I **sintomi psicosomatici** coinvolgono il sistema nervoso autonomo e forniscono una risposta vegetativa a situazioni di disagio psichico o di stress. Le emozioni negative, come il risentimento, il rimpianto e la preoccupazione possono mantenere il **sistema nervoso autonomo** (sistema simpatico) in uno stato di eccitazione e il corpo in una condizione di emergenza continua, a volte per un tempo più lungo di quello che l'organismo è in grado di sopportare. I pensieri troppo angosciosi, quindi, possono mantenere il sistema nervoso autonomo in uno stato di attivazione persistente il quale può provocare dei danni agli **organi più deboli**.

Disturbi di tipo psicosomatico possono manifestarsi nell'**apparato gastroenterico** (gastrite, colite ulcerosa, ulcera peptica), nell'**apparato cardiocircolatorio** (tachicardia, aritmie, cardiopatia ischemica, ipertensione essenziale), nell'**apparato respiratorio** (asma bronchiale, sindrome iperventilatoria), nell'**apparato urogenitale** (dolori mestruali, impotenza, eiaculazione precoce o anorgasmia, enuresi), nel **sistema cutaneo** (la psoriasi, l'acne, la dermatite atopica, il prurito, l'orticaria, la secchezza della cute e delle mucose, la sudorazione profusa), nel **sistema muscoloscheletrico** (la cefalea tensiva, i crampi muscolari, il torcicollo, la mialgia, l'artrite, dolori al rachide, la cefalea nucale) e nell'**alimentazione**.

Sintomi psicosomatici sono comuni nelle varie forme di **depressione** e in quasi tutti i **disturbi d'ansia**, ma esistono dei **disturbi psicosomatici** veri e propri in assenza di altri sintomi di natura psicologica, che rendono più difficile, per il soggetto, imputare il malessere fisico ad un problema psicologico piuttosto che ad un malfunzionamento organico.

L'**eiaculazione precoce** consiste nel presentarsi, persistente o occasionale, di eiaculazione in seguito a stimolazione sessuale anche minima, oppure prima, durante o poco dopo la penetrazione e comunque prima di quando il soggetto desidererebbe.

In genere, la maggior parte dei maschi con **eiaculazione precoce** possono ritardare l'orgasmo durante la masturbazione per un tempo notevolmente più lungo che durante il coito. Per parlare di **eiaculazione precoce**, l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonali e l'eiaculazione precoce non deve essere dovuta esclusivamente agli effetti diretti di una sostanza.

Non esiste un criterio preciso per definire quand'è che si possa parlare di vera e propria **eiaculazione precoce**, perché non esiste un tempo stabilito a priori che un uomo dovrebbe "durare".

Alcuni ricercatori prendono come punto di riferimento, per poter parlare di **eiaculazione precoce**, il fatto che l'uomo non sia in grado di trattenersi in modo tale che la donna sia soddisfatta in almeno il 50% dei casi. Anche questo criterio, comunque, è estremamente discutibile, in quanto occorre valutare le **capacità orgasmiche della donna**. In ogni caso si può dire che è certamente eiaculatore precoce colui che ha l'eiaculazione dopo una manciata di spinte coitali (5-10) o addirittura prima ancora di introdurre il pene in vagina.

La maggior parte dei giovani maschi impara a ritardare l'orgasmo con l'esperienza sessuale e con l'età, ma alcuni continuano ad **eiaculare precocemente** e possono cercare aiuto per il proprio disturbo. Alcuni maschi riescono a ritardare l'eiaculazione nell'ambito di una relazione stabile, ma vanno nuovamente incontro ad **eiaculazione precoce** quando hanno un nuovo partner. Tipicamente, l'eiaculazione precoce viene osservata in uomini giovani, ed è presente fin dai loro primi tentativi di rapporto sessuale. Comunque, alcuni maschi perdono la capacità di **ritardare l'orgasmo** dopo un periodo di funzionamento adeguato.

Quando il disturbo esordisce dopo un periodo di **funzionamento sessuale adeguato**, il contesto è spesso quello di una diminuita frequenza di attività sessuale, di intensa ansia da prestazione con un nuovo partner, o di una **perdita di controllo sull'eiaculazione** legata alla difficoltà nel raggiungere o nel mantenere l'erezione. Alcuni maschi che interrompono l'assunzione regolare di alcool possono sviluppare l'**eiaculazione precoce**, dal momento che facevano affidamento, per ritardare l'orgasmo, sull'assunzione di alcolici, invece di apprendere strategie comportamentali.

Impotenza: disfunzione erettile

La caratteristica fondamentale del **disturbo maschile dell'erezione (impotenza)** è una persistente o occasionale incapacità di raggiungere, o di mantenere fino al completamento dell'attività sessuale, un'adeguata erezione.

Perché si possa parlare di **impotenza**, l'anomalia deve causare notevole disagio o difficoltà interpersonali e non deve essere attribuibile esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (farmaci inclusi) o di problemi medici generali.

Ci sono diversi tipi di **disfunzione dell'erezione (impotenza)**. Alcuni soggetti manifestano l'incapacità di avere l'erezione fin dall'inizio dell'esperienza sessuale. Altri hanno un'adeguata erezione e poi perdono la tumescenza tentando la penetrazione. Altri ancora hanno un'erezione sufficientemente valida per la **penetrazione**, ma perdono la tumescenza prima o durante le successive spinte.

Alcuni uomini possono riuscire ad avere l'erezione solo durante la masturbazione o al risveglio. Anche le **erezioni masturbatorie** possono venire meno, ma ciò è raro.

Le difficoltà di erezione dell'impotenza sono spesso associate ad ansia sessuale, timore di fallimento, preoccupazioni sulla prestazione sessuale e ad una ridotta sensazione soggettiva di eccitazione sessuale e di piacere.

I **problemi di impotenza** possono compromettere le relazioni coniugali o sessuali in atto e possono essere la causa di matrimoni non consumati e di sterilità.

I disturbi dell'erezione sono **molto frequenti**; si parla di un 10% circa di diffusione nella popolazione generale, che può salire fino ad oltre il 50% con l'aumentare dell'età (70 anni).

Le cause di impotenza sono molteplici e comprendono **fattori organici**, in particolare problemi vascolari (di circolazione) e neurologici, e **fattori psicologici**, in particolare l'ansia da prestazione. È importante quindi, prima di tutto, condurre un **attento esame medico**, allo scopo di appurare la presenza di cause organiche, per poi passare agli aspetti psicologici, che nella stragrande maggioranza dei casi incidono significativamente.

La presenza di **erezioni spontanee** notturne ed al risveglio, nonché la capacità di raggiungere e mantenere l'**erezione durante la masturbazione**, comunque, sono prove inequivocabili del fatto che non vi siano cause organiche, ma che il problema sia di natura psicologica e, come tale, vada affrontato.

L'infanzia e l'adolescenza sono due fasi del ciclo di vita in cui l'individuo affronta numerosi compiti e cambiamenti che costituiscono normali tappe dello **sviluppo cognitivo, affettivo e comportamentale**.

L'ingresso a scuola, l'integrazione con i coetanei, l'apprendimento di regole sociali, i cambiamenti del proprio corpo sono solo alcune delle sfide più importanti in cui il **bambino e/o l'adolescente** può incontrare difficoltà. In alcuni casi queste possono causare disagi eccessivi e comprometterne il normale funzionamento.

Spesso i bambini hanno difficoltà a verbalizzare i propri bisogni ed è per questo motivo che è importante **individuare il più precocemente possibile eventuali segni di disagio** che frequentemente vengono espressi attraverso comportamenti più o meno visibili.

Un **intervento psicologico** da parte di specialisti dell'età evolutiva è indicato non solo in casi di disturbo conclamato ma anche a scopi preventivi, di diagnosi e di sostegno.



Anoressia

Una persona è affetta da **Anoressia Nervosa** se manifesta tutte e quattro le seguenti caratteristiche:

- Perdita di peso rilevante (più del 15% del peso considerato normale per età, sesso e altezza)
- Paura intensa di ingrassare anche quando si è in sottopeso
- Alterazione nel modo di vivere il peso, la taglia e le forme corporee.
- Scomparsa delle mestruazioni (nelle donne assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi)

La caratteristica principale dell'**anoressia nervosa** è il rifiuto del cibo, ma chi soffre di tale disturbo ha sempre una intensa fame e appetito. Il **rifiuto di mangiare** nasce dalla forte paura di ingrassare e dalla necessità di controllare l'alimentazione. Per evitare di ingrassare chi soffre di **anoressia nervosa** mette in atto una serie di comportamenti tipici del disturbo quali seguire una dieta ferrea, fare esercizio fisico in maniera eccessiva, indursi il vomito dopo aver mangiato anche piccole quantità di cibo.

Si distinguono due forme di **anoressia nervosa**: l'**anoressia restrittiva**, forma in cui il dimagrimento è causato dal digiuno e dall'intensa attività fisica, e l'**anoressia con bulimia**, forma in cui la persona mette in atto comportamenti che insieme al digiuno servono a diminuire il peso corporeo (abuso di lassativi e/o diuretici, vomito).

La percezione ed il **valore** attribuiti all'aspetto fisico ed al peso corporeo risultano distorti in questi soggetti. Alcuni si sentono grassi in riferimento alla totalità del loro corpo, altri pur ammettendo la propria magrezza, percepiscono come "troppo grasse" alcune parti del corpo, in genere l'addome, i glutei, le cosce.

Possono adottare le tecniche più disparate per valutare dimensioni e peso corporeo, come pesarsi di continuo, misurarsi ossessivamente con il metro, o controllare allo specchio le parti percepite come "grasse". Nei soggetti con **anoressia nervosa** i livelli di autostima sono fortemente influenzati dalla forma fisica e dal peso corporeo. La perdita di peso viene considerata come una straordinaria conquista ed un segno di ferrea autodisciplina, mentre l'incremento ponderale viene esperito come una inaccettabile perdita delle capacità di controllo.

Sebbene alcuni possano rendersi conto della propria magrezza, tipicamente i soggetti con questo disturbo negano le gravi conseguenze sul piano della salute fisica del loro stato di emaciazione.

Disturbi di personalità

I **disturbi di personalità** non sono caratterizzati da specifici sintomi o sindromi, come ad esempio il **disturbo ossessivo-compulsivo**, la **depressione** o gli **attacchi di panico**, ma dalla presenza esasperata e rigida di alcune **caratteristiche di personalità**.

La personalità (o carattere) è stata definita in molti modi, ma si può dire che sia l'insieme delle caratteristiche, o tratti stabili, che rappresentano il modo con il quale ciascuno di noi risponde, interagisce, percepisce e pensa a ciò che gli accade.

Si può anche dire che la **personalità** sia il modo stabile che ciascuno di noi si è costruito, con le proprie esperienze ed a partire dal proprio temperamento innato, di rapportarsi con gli altri e con il mondo.

I tratti che la compongono rappresentano le caratteristiche del proprio **stile di rapporto con gli altri**: così esiste, per esempio il tratto della dipendenza dagli altri, o della sospettosità, o della seduzione, oppure quello dell'amor proprio.

Normalmente questi tratti devono essere abbastanza flessibili a seconda delle circostanze: così in alcuni momenti sarà utile essere più dipendenti o passivi del solito, mentre in altri sarà più funzionale essere seducenti.

I disturbi della personalità sono caratterizzati dalla **rigidità** e dalla **presentazione inflessibile di tali tratti**, anche nelle situazioni meno opportune. Ad esempio, alcune persone tendono sempre a presentarsi in modo seducente indipendentemente dalla situazione nella quale si trovano, rendendo così difficile gestire la situazione; altre persone, invece, tendono ad essere sempre talmente dipendenti dagli altri che non riescono a prendere autonomamente proprie decisioni.

Solitamente tali tratti diventano così consueti e stabili che le persone stesse **non si rendono conto** di mettere in atto comportamenti rigidi e inadeguati, da cui derivano le reazioni negative degli altri nei loro confronti, ma si sentono sempre le vittime della situazione e alimentano il proprio disturbo.

Così, ad esempio, una persona che presenta un **disturbo paranoide di personalità**, non capisce che, con il suo comportamento sospettoso, non dà fiducia agli altri, e si "tira addosso" fregature e reazioni aggressive, confermandosi l'idea che non ci si può fidare di nessuno.

I disturbi di personalità sono stati classificati, secondo la più diffusa classificazione psicopatologica, in **tre categorie**:

Disturbi caratterizzati dal comportamento bizzarro:

→ **Disturbo paranoide di personalità**: chi ne soffre tende ad interpretare il comportamento degli altri come malevolo, comportandosi così sempre in modo sospettoso.

→ **Disturbo schizoide di personalità**: chi ne soffre non è interessato al contatto con gli altri, preferendo uno stile di vita riservato e distaccato dagli altri.

→ **Disturbo schizotipico di personalità**: solitamente è presentato da persone eccentriche nel comportamento, che hanno scarso contatto con la realtà e tendono a dare un'assoluta rilevanza e certezza ad alcune intuizioni magiche.

Disturbi caratterizzati da un'alta emotività:

→ **Disturbo borderline di personalità**: solitamente chi ne soffre presenta una marcata impulsività ed una forte instabilità sia nelle relazioni interpersonali sia nell'idea che ha di sé stesso, oscillando tra posizioni estreme in molti campi della propria vita.

→ **Disturbo istrionico di personalità**: chi ne soffre tende a ricercare l'attenzione degli altri, ad essere sempre seducente e a manifestare in modo marcato e teatrale le proprie emozioni.

→ **Disturbo narcisistico di personalità**: chi ne soffre tende a sentirsi il migliore di tutti, a ricercare l'ammirazione degli altri e a pensare che tutto gli sia dovuto, data l'importanza che si attribuisce.

→ **Disturbo antisociale di personalità**: chi ne soffre è una persona che non rispetta in alcun modo le leggi, tende a violare i diritti degli altri, non prova senso di colpa per i crimini commessi.

Disturbi caratterizzati da una forte ansietà:

→ **Disturbo evitante di personalità**: chi ne soffre tende a evitare in modo assoluto le situazioni sociali per la paura dei giudizi negativi degli altri, presentando quindi una marcata timidezza.

→ **Disturbo dipendente di personalità**: chi ne soffre presenta un marcato bisogno di essere accudito e seguito da parte degli altri, delegando quindi tutte le proprie decisioni.

→ **Disturbo ossessivo compulsivo di personalità**: chi ne soffre presenta una marcata tendenza al perfezionismo ed alla precisione, una forte preoccupazione per l'ordine e per il controllo di ciò che accade.

I **Disturbi del Controllo degli Impulsi** sono una categoria diagnostica riconosciuta solo recentemente. Disturbi quali il **gioco d'azzardo patologico**, la **piromania**, la **cleptomania** e il **disturbo esplosivo intermittente** hanno ricevuto inquadramento diagnostico solo col DSM III (American Psychiatric Association, 1980). Solo sette anni dopo, nel DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987) è stato riconosciuto valore diagnostico anche alla **tricotillomania**.

Come ci indica il termine stesso, i Disturbi del Controllo degli Impulsi, sono in generale caratterizzati dall'**incapacità del soggetto a resistere ad impulso** o ad una tentazione impellente. Tale spinta induce il soggetto alla realizzazione di un'azione pericolosa per sé stessi e/o per gli altri ed è preceduta da una sensazione di crescente tensione ed eccitazione a cui fa seguito piacere, gratificazione, e sollievo (DSM-IV-TR, 2004).

In genere l'azione è seguita da una **sensazione di rimorso**, di biasimo personale o senso di colpa.

Come elencato precedentemente, in questo gruppo diagnostico è incluso il **gioco d'azzardo** (caratterizzato da un comportamento di gioco maladattivo, ricorrente e persistente); la **piromania** (contraddistinta dall'abitudine ad appiccare il fuoco per piacere, gratificazione, o alleviamento della tensione); la **cleptomania** (caratterizzata dalla ricorrente incapacità di resistere all'impulso di rubare oggetti che non hanno utilità personale o valore commerciale); il **disturbo esplosivo intermittente** (costituito da saltuari episodi di incapacità di resistere ad impulsi aggressivi e che causano gravi aggressioni o distruzione della proprietà); la **tricotillomania** (caratterizzata dallo strapparsi ricorrente di capelli o peli per piacere, gratificazione, o alleviamento della tensione e che causa una rilevante perdita di essi) ed il disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato (NAS) incluso per codificare i disturbi del controllo degli impulsi che non soddisfano i criteri per nessun Disturbo del Controllo degli Impulsi specifico descritto sopra.

Sebbene non sia inserito nel Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, attualmente si tende a considerare come un Disturbo del Controllo degli Impulsi anche il **Disturbo da Shopping Compulsivo**. Ciò in virtù di alcune caratteristiche che accomunano le due patologie come la tensione che precede la messa in atto del comportamento, la ricerca di gratificazione immediata, e l'incapacità di sopportare la frustrazione derivante dall'evitare tale comportamento.



Il trauma e l'EMDR

Per **trauma**, in psicologia, si intende qualsiasi evento che una persona recepisce come estremamente stressante. Può trattarsi di una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri, o all'identità psicologica. Questi eventi producono **reazioni emotive e corporee importanti**, che non sempre il cervello riesce ad elaborare. Quando l'elaborazione non avviene spontaneamente, le emozioni e le sensazioni corporee si bloccano, e costruiscono reti neurali disfunzionali che **compromettono il normale funzionamento psichico e il benessere della persona**.

L'impatto traumatico è soggettivo. A seconda delle caratteristiche di personalità, dell'ambiente circostante, della struttura emotiva e cognitiva di ogni persona **un evento può essere più o meno traumatico**. Eventi potenzialmente traumatici non includono solo condizioni estreme e fuori del comune, ma, molto spesso possono riguardare anche **esperienze di trascuratezza o mancanza di rispetto e accudimento**, che infuiscono sul senso di valore dell'individuo, sulla sua sicurezza, sull'autostima e sul suo senso di efficacia personale.

Anche senza aver subito traumi con la "T" maiuscola, tutti noi abbiamo subito traumi con la "t" minuscola. Per alcuni può essere stato traumatico essere umiliati alle elementari da un maestro troppo duro, per altri essere mollati, improvvisamente, dal proprio partner; per molti può essere traumatica la perdita del lavoro, oppure un divorzio o la perdita di una persona cara, ma anche un giudizio ricevuto.

Il termine **omofobia** (che deriva dal greco ὄμος = stesso e φόβος = timore, paura) significa letteralmente "paura nei confronti di persone dello stesso sesso" e più precisamente si usa per indicare l'intolleranza e i sentimenti negativi che le persone hanno nei confronti degli uomini e delle donne **omosessuali**. Essa può manifestarsi in modi molto diversi tra loro, dalla battuta su una persona gay che passa per la strada, alle offese verbali, fino a vere e proprie minacce o aggressioni fisiche. In seguito all'**omofobia**, ad esempio, alcuni eterosessuali, raccontano di sentirsi a disagio in presenza delle persone gay o lesbiche, altri si mettono a ridere quando le incontrano per strada. Altri ancora dicono di essere disgustati dai loro comportamenti, arrabbiati o indignati. Anche la parola "frocio" può essere considerata come espressione di **omofobia**, perché di solito viene usata con una connotazione negativa.

Come nasce l'omofobia? L'omofobia deriva dall'idea che siamo tutti eterosessuali e che è normale e sano scegliere un partner del sesso opposto (**eterosessismo**). Tale considerazione è basata anche sulla falsa credenza che in natura non esistano comportamenti omosessuali ("L'**omosessualità** è contro natura"); molti animali, invece, presentano **comportamenti omosessuali**, tra cui topi, criceti, porcellini d'India, conigli, porcospini, capre, cavalli, maiali, leoni, pecore, scimmie, e scimpanzé.

L'**omofobia**, inoltre, si alimenta in vari modi. Innanzitutto la società è spesso diffidente nei confronti delle diversità, fino al punto di considerarle pericolose. Tale mancanza di fiducia riguarda tutte le minoranze portatrici di valori nuovi o diversi (es. anche i primi cristiani) perché minacciano quelli convenzionali. Il **pregiudizio anti-gay**, inoltre, è rinforzato dall'ignoranza e dalla mancanza di contatti con la comunità omosessuale. Gli individui omofobici, di fatto, non conoscono la realtà gay e lesbica e ne hanno un'idea astratta basata su ciò che hanno sentito dire dagli altri. Infine, noi tutti tendiamo ad agire in modo coerente con ciò che viene ritenuto desiderabile e giusto in base alle **convenzioni sociali** dominanti. Questo meccanismo, ad esempio, è alla base del fatto che si è soliti deridere i gay perché è consuetudine farlo.

Le credenze negative nei confronti dell'omosessualità, inoltre, sono così diffuse nella nostra società che anche gay, lesbiche e bisessuali tendono ad essere omofobici. In questo caso l'omofobia prende il nome di **omofobia interiorizzata**.

Stress

Lo **stress** è la risposta psicofisica ad una quantità di compiti emotivi, cognitivi o sociali percepiti dalla persona come eccessivi.

Il termine **stress** fu impiegato per la prima volta nel 1936 da Hans Selye che lo definì come "risposta aspecifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso". In base al modello di Selye, il processo stressogeno si compone di tre fasi distinte:

- 1 - fase di allarme: il soggetto segnala l'esuberanza di doveri e mette in moto le risorse per adempierli;
- 2 - fase di resistenza: il soggetto stabilizza le sue condizioni e si adatta al nuovo tenore di richieste;
- 3 - fase di esaurimento: in questa fase si registra la caduta delle difese e la successiva comparsa di sintomi fisici, fisiologici ed emotivi.

La durata dell'evento stressante porta a distinguere lo **stress** in due categorie: lo **stress acuto**, si verifica una sola volta e in un lasso di tempo limitato, e lo **stress cronico**, cioè quando lo stimolo è di lunga durata. Gli stress cronici possono essere ulteriormente distinti in stress cronici intermittenti e stress cronici propriamente detti. I primi si presentano ad intervalli regolari, hanno una durata limitata, e sono quindi più o meno prevedibili. I secondi sono invece rappresentati da situazioni di lunga durata che investono l'esistenza di una persona e che diventano stressanti nel momento in cui rappresentano un ostacolo costante al perseguimento dei propri obiettivi. Oltre alla durata, è importante anche la natura dello stressor. Possiamo avere stressor benefici, detti **eustress**, che danno tono e vitalità all'organismo e stressor nocivi detti **distress**, che possono portare ad un abbassamento delle difese immunitarie.

Lo **stress** può essere provocato da:

- eventi della vita sia piacevoli che spiacevoli (ad esempio: matrimonio, nascita di un figlio, morte di una persona cara, divorzio, pensionamento, problemi sessuali);
- cause fisiche: il freddo o il caldo intenso, abuso di fumo e di alcol, gravi limitazioni nei movimenti;
- fattori ambientali: la mancanza di un'abitazione, ambienti rumorosi, inquinati sono fattori determinanti di un certo stato di stress;
- malattie organiche: quando il nostro corpo è affetto da una malattia, l'intero organismo, nel tentativo di difendersi, si pone in uno stato di tensione che, nella maggior parte dei casi, per le scarse difese in grado di apportare, sfocia in una condizione di stress;
- cataclismi.

IL "MALE OSCURO"

La malattia spirituale-psico-somatica

Nella bibbia, nella teologia, nella pastorale,
nella psichiatria

CAUSE, TERAPIE, GUARIGIONE



| | |
|----------|-------------------------------|
| 0 | PREMESSA |
| 1 | CHI E' L'UOMO |
| 1.1 | INQUADRAMENTO GENERALE |
| 1.2 | INQUADRAMENTO BIBLICO |
| 1.2.1 | Antico Testamento |
| | 1. Bashar <i>corpo</i> |
| | 2. Nefesh <i>anima</i> |
| | 3. Ruach <i>spirito</i> |

| | | |
|-----------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>1.2.2</p> | <p>Nuovo Testamento</p> <p>1. Sarx <i>corpo</i></p> <p>2. Psyche <i>anima</i></p> <p>3. Pneuma <i>spirito</i></p> <p>1.3 INQUADRAMENTO TEOLOGICO</p> <p>1.3.1 L'uomo è corpo, anima e spirito (1 Tessalonicesi 5,23)</p> <p>1.3.2 L'uomo è creato a immagine e somiglianza di Dio (Genesi 1,26)</p> <p>1.3.3 L'uomo è figlio di Dio (Matteo 6,9; 23,8)</p> <p>1.3.4 L'uomo è poco meno di un "dio" (Salmo 8,6)</p> <p>1.3.5 L'uomo è "tempio dello Spirito Santo" (1 Corinzi 6,19)</p> <p>1.3.6 L'uomo è "tabernacolo vivente"</p> |
| <p>2</p> | | <p>IL "MALE OSCURO": MALATTIA DEL CORPO, DELL'ANIMA O DELLO SPIRITO?</p> <p>2.1 INQUADRAMENTO GENERALE</p> <p>2.2 INQUADRAMENTO BIBLICO</p> <p>2.2.1 Il "male oscuro" nell'Antico Testamento</p> <p>1. Giobbe</p> <p>2. Geremia</p> <p>3. Altri</p> <p>2.2.2 Il "male oscuro" nel Nuovo Testamento</p> <p>2.3 INQUADRAMENTO TEOLOGICO</p> <p>2.3.1 1. Schema antropologico paolino</p> <p><u>1. Corpo</u></p> <p><u>2. Anima o psiche</u></p> <p>-</p> <p>2.1 Mente</p> <p>2.1.1 Intelletto</p> |

2.2.2 Volontà

2.2 "Cuore": emotività

3. Spirito

3.1 Il mio "Io"

3.2 L'inabitazione di "Dio"

2.3.2 2. Altri schemi antropologici

3

LE CAUSE DEL "MALE OSCURO"

3.1

**LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" SECONDO
LA TEOLOGIA PAOLINA**

3.1.1 Le ferite interiori

1. Le ferite interiori dell'anima o psiche

1.1 Le ferite interiori dell'intelletto

1.1.1 Le ferite interiori della razionalità

1.1.2 Le ferite interiori della memoria

1.1.3 Le ferite interiori della fantasia, dell'immaginazione, della creatività

1.2 Le ferite interiori della volontà

1.3 Le ferite interiori dell'emotività

1.3.1 Le ferite interiori nell'affettività

1.3.2 Le ferite interiori nei desideri

1.3.3 Le ferite interiori nei sentimenti

2. Le ferite interiori spirituali

-
2.1 Superbia

2.2 Avarizia

2.3 Lussuria

2.4 Ira

2.5 Gola

~~93~~

92

2.6 Invidia

2.7 Accidia

**3.1.2 La correlazione ferite interiori –
disturbi della sfera psichica e spirituale**

**3.2 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" DOVUTE AL
FALLIMENTO DELLA VOCAZIONE**

3.2.1 La correlazione ferite interiori - realizzazione della vocazione

3.2.2 Mancata realizzazione della vocazione di "sposi" e di "genitori":
ripercussioni sui figli

3.2.3 Mancata realizzazione della vocazione di "figli"

1. La vocazione "non realizzata"

1.1 La vocazione "non realizzata" per impedimenti "interiori"

1.2 La vocazione "non realizzata" per impedimenti "esteriori"

1.2.1 La vocazione "non realizzata" per impedimento dei genitori

1.2.2 La vocazione "non realizzata" per impedimento dei Superiori

1.2.3 La vocazione "non realizzata" per altri impedimenti

2. La vocazione "erroneamente" realizzata

3. La vocazione realizzata come "ripiego"

4. La vocazione realizzata e "lasciata"

**3.3 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" SECONDO LA TESI DEL
TRAUMA DA ABORTO**

**3.4 LE CAUSE DELLA DEPRESSIONE SECONDO LA TESI
DEI TRAUMI INTRAUTERINI**

3.4.1 Traumi generati durante il concepimento

3.4.2 Traumi generati durante la gravidanza

3.4.3 Traumi generati durante la nascita

**3.5 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" SECONDO LA
TESI DELL'ALBERO GENEALOGICO**

3.5.1 Il peccato "originale" e i suoi effetti ontologici

3.5.2 Il peccato "generazionale" e "intergenerazionale" e i suoi effetti

3.5.3 Il peccato "personale" e i suoi effetti

- 3.6 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" SECONDO I PADRI DELLA CHIESA**
- 3.7 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" SECONDO S. IGNAZIO DI LOYOLA**
- 3.8 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" SECONDO L'ESPERIENZA DEGLI ESORCISTI**
 - 3.8.1 Disturbi del Demonio dovuti ad un'azione "ordinaria"
 - 3.8.2 Disturbi del Demonio dovuti ad un'azione "straordinaria"
 - 3.8.3 Disturbi del Demonio dovuti ad un maleficio
- 3.9 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" DOVUTE ALL'USCITA DALLE SETTE**
 - 3.9.1 Sette religiose
 - 3.9.2 Sette esoteriche
 - 3.9.3 Sette sataniche
- 3.10 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" RICONDUCIBILI A EVENTI TRAUMATICI**
 - 3.10.1 Lutti
 - 3.10.2 Separazioni e divorzi
 - 3.10.3 Salute
 - 3.10.4 Fallimenti nella vita (studio, lavoro, finanze, affetti, famiglia)
 - 3.10.5 Iperattività
 - 3.10.6 Cause organiche (post partum, senilità, ...)
 - 3.10.7 Cause "organiche" o apparentemente tali
 - 3.10.8 Altre cause
- 3.11 LE CAUSE DEL "MALE OSCURO" SECONDO LA SCIENZA MEDICA "UFFICIALE"**
 - 3.11.1 La Psichiatria
 - 3.11.2 La Psicologia
 - 3.11.3 La Psicanalisi

4 LE "TERAPIE" PER LA CURA E LA GUARIGIONE DEL "MALE OSCURO"

- 4.1 LE "TERAPIE" SECONDO IL VERO "MEDICO DELLE ANIME":**

~~95~~
94

GESU'

4.1.1 Cristoterapia

1. La preghiera di liberazione
2. La preghiera di guarigione
3. La preghiera di liberazione e guarigione dell'albero genealogico

4.1.2 Le "terapie" con i sacramenti

1. Il battesimo
2. La riconciliazione
3. L'eucaristia
 - 2.1 La celebrazione eucaristica con preghiera di guarigione
 - 2.2 La comunione eucaristica
 - 2.3 L'adorazione eucaristica
 - 2.4 La benedizione eucaristica
4. L'unzione degli infermi

4.1.3 Le "terapie" con i sacramentali

1. La benedizione
2. L'esorcismo
 - 1.1 L'esorcismo solenne
 - 1.2 L'esorcismo di Papa Leone XIII
3. L'acqua benedetta e l'acqua esorcizzata
4. L'olio
 - 3.1 Gli olii consacrati dal Vescovo il Giovedì Santo
 - 3.2 L'olio esorcizzato
5. Il sale esorcizzato
6. L'incenso esorcizzato

4.2 LA "TERAPIA" DEL PERDONO

4.2.1 1. Il perdono "verso Dio"

2. Il perdono "di Dio"
 - 2.1 Il Padre Nostro
 - 2.2 Il sacramento della riconciliazione

4.2.2 1. Il perdono "verso gli altri"

- 1.1 Il perdono "verso gli altri": il perdono ai vivi

- 1.2 Il perdono "verso gli altri": il perdono ai defunti
2. Il perdono "degli altri"

4.2.3 Il perdono "verso se stessi"

4.3 LA "TERAPIA" DELLA PAROLA O "LOGOS-TERAPIA"

- 4.3.1 L'ascolto della Parola di Dio
- 4.3.2 La lettura della Parola di Dio
- 4.3.3 L'annuncio della Parola di Dio

4.4 LE "TERAPIE" CON IL "BALSAMO DELLE ANIME" O PARACLITO: LO SPIRITO SANTO

- 4.4.1 Il "bagno di luce"
- 4.4.2 La preghiera di "effusione"
- 4.4.3 Il "riposo nello spirito"

4.5 LA "TERAPIA" CON "MARIA"

- 4.5.1 Maria "Mediatrice" di tutte le grazie
- 4.5.2 Maria "Consolatrice" e "Ausiliatrice"
 1. Il S. Rosario
 2. L'affidamento a Maria e la consacrazione al Cuore Immacolato di Maria

4.6 LA "TERAPIA" DELL'AMORE

- 4.6.1 L'amore di se stessi
- 4.6.2 L'amore del prossimo
- 4.6.3 L'amore di Dio

4.7 LA "TERAPIA" DELLA GIOIA

- 4.7.1 La gioia nella Bibbia
- 4.7.2 La gioia nella vita quotidiana
- 4.7.3 Il Rosario: i misteri della gioia (o gaudiosi)
- 4.7.4 Alcuni santi della "gioia"
 1. San Francesco d'Assisi
 2. San Giovanni Bosco
 3. San Domenico Savio
 4. Beato Piergiorgio Frassati

4.8 LA "TERAPIA" DEL "RISO", DEL "SORRISO", DELL'"UMORISMO"

- 4.8.1 Riso, sorriso e umorismo nell'Antico Testamento
- 4.8.2 Riso, sorriso e umorismo nel Nuovo Testamento
- 4.8.3 Riso, sorriso e umorismo in Gesù

- 4.9 LA "TERAPIA" DI GUARIGIONE E LIBERAZIONE CON IL DIGIUNO**
 - 4.9.1 I fondamenti del digiuno
 - 4.9.2 Il digiuno salute del corpo, dell'anima e dello spirito
 - 4.9.3 Il digiuno per cacciare i demoni
 - 4.9.4 Il digiuno nelle apparizioni mariane

- 4.10 LA "TERAPIA" CON LA MUSICA SACRA E IL CANTO**
 - 4.10.1 Musica e canti di gioia
 - 4.10.2 Musica e canti gregoriani
 - 4.10.3 Musica e canti monastici
 - 4.10.4 Musica e canti di gruppi "carismatici"

- 04:11 LA "TERAPIA" PER LE MADRI CHE HANNO ABORTITO**
 - 4.11.1 Questo bambino esiste: tuo figlio vive
 - 4.11.2 Perdonare se stesse
 - 4.11.3 Chiedere perdono a Dio
 - 4.11.4 Chiedere perdono al proprio bambino
 - 4.11.5 Pregare per il proprio bambino: il "battesimo dei non-nati" e l'imposizione del nome

- 4.12 LE "TERAPIE" CON LA MEDICINA "UFFICIALE": ATTENZIONE.....!**
 - 4.12.1 "Psicofarmaci"
 - 4.12.2 "Psicoterapie"

- 04:13 LE "TERAPIE" CON LA MEDICINA "ALTERNATIVA" DA EVITARE!!!**
 - 4.13.1 Psicoterapie che propongono di cambiare la coscienza
 1. Ipnosi e autoipnosi
 2. Training autogeno
 3. Bio-feed back
 4. Tecniche di trasformazione della coscienza dell'esoterismo e della teosofia
 5. Meditazioni orientali (yoga, zen, buddismo tantrico)

| | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 6. Meditazione trascendentale 7. Dinamica mentale 4.13.2 New Age 4.13.3 Ribirthing 4.13.4 Reiki 4.13.5 Pranoterapia |
| 5 | <p>STORIE DI UOMINI E DONNE "STOLTI" E SOFFERENTI DEL "MALE OSCURO", DIVENTATI SANTI!</p> <p>5.1 Due "pazzi": San Simeone Salos e San Giovanni Calabria</p> <p>5.2 Un "ex convivente": Sant'Agostino</p> <p>5.3 Tre "separati": San Nicola di Flue, San Corrado Confalonieri, San Vandregisilo</p> <p>5.4 Una "divorziata": santa Fabiola</p> <p>5.5 Una "vedova": santa Rita da Cascia</p> <p>5.6 Un "vedovo": sant'Aimone Tapparelli</p> <p>5.7 Tre "operai dell'undicesima ora": beato Faa' di Bruno, Conte di Cays, Elia Bellebono</p> |

GLORIFICAZIONE SAN. GIUSEPPE



IN FORZA DEL S. BATTESIMO

MISSIONARI DI GESÙ

12 GIUGNO 2011